

Om miljöterapi i psykiatrisk vård



Clarence A. Crafoord

I den mycket livliga debatten om den psykiatriska vårdens möjligheter och målsättning intas en central plats av begreppet miljöterapi, som i denna artikel översiktligt presenteras av Clarence A. Crafoord, bitr. överläkare vid Fruängens Dagsjukhus, som tillhör klinik 4, Långbro sjukhus. Chef: Doc. C. Åmark.

Artikeln bygger på ett föredrag vid en kurs för läkare i socialpsykiatri vid Långbro sjukhus.

Miljöterapi kan enklast definieras såsom *systematisk utformning* av rum, tid, mänskliga relationer och atmosfär inom en vårdenhet på ett sådant sätt att den erbjuder möjligheter för avvikande eller missanpassade individer att vinna självkänsla och kraft till lösning av de problem som föranlett vården.

Miljön blir sålunda inom miljöterapi definierad på detta sätt själva behandlingsinstrumentet i motsats till inom traditionell sjukvård där miljön oftast utformas såsom endast en yttre ram i vilken annan behandling försiggår. Denna traditionella syn på vårdmiljön har gjort att tidigare mindre uppmärksamhet riktats på vilken effekt själva vårdmiljön har på dem som vistas där.

Det är framförallt såsom en revolt mot den gamla vårdmiljöns nedbrytande effekter på människorna där som den miljöterapeutiska rörelsen har växt fram. Man har pekat på hospitaliseringen såsom ett allvarligt problem inom mentalsjukvården, där det ofta ifrågasätts om inte hospitaliseringen haft mer nedbrytande effekt på patienterna än själva "sjukdomen". Detsamma torde gälla även andra vårdmiljöer än mentalsjukhusen t. ex. fängelser, upptagningshem för ungdomar, alkoholistanstalter, barnhem etc.

Efter föredrag vid kurs i socialpsykiatri, Långbro sjukhus 1969.

Miljöterapi — "traditionell" psykiatrisk vård

För att skildra det miljöterapeutiska betraktelsesättet kan det vara lämpligt att i didaktiskt syfte ställa miljöterapi i bjärt kontrast mot "traditionell" psykiatrisk vård. Skildringen av vårdformerna har därför nedan tillspetsats till extremer som i denna form sannolikt inte existerar.

I den traditionella psykiatriska vården är huvudintresset framförallt att skydda samhället från avvikarna eller att anpassa dessa, så att de kan återgå till lönsam produktion. Vården tillgodoser på detta sätt samhällets behov. Inom miljöterapi träder individens behov i förgrunden, och denne tillerkänns ansvar och rätt att välja sin egen väg till produktivitet i samhället eller andra vägar.

Det *referenssystem* som präglar den traditionella vården är det medicinskt "biologiska", där psykiatrin anses vara en gren av medicinen och de psykiska sjukdomarna sålunda analoga med kroppsliga sjukdomar. Tonvikten ligger här på den sjuka individens symptom och behandlingen är inriktad på att eliminera dessa. Inom miljöterapeutisk vård är referenssystemet socialpsykologiskt och psykoterapeutiskt, där den sjuka individen ses som en person i ofta problematiska och "sjukdomsalstrande" samspel med sina närmaste eller andra individer i sin omgivning. Synsättet inom miljö-

terapin blir alltså naturligt aspekten patienten i sin miljö — patienten i den terapeutiska miljön. Symptomen som patienten frambär ses framförallt som kommunikationer som kan förstås och tolkas, ej som naturfenomen som kan bli föremål för observation, diagnos och behandling.

Patientens roll i den traditionella vårdmiljön är passiv. Han är "drabbad" av sin sjukdom och objekt för vården, som han själv inte anses kunna påverka. I vårdmiljön markeras hans passivitet och oförmåga att taga vård om sig själv genom att han berövas en del av sin personliga frihet, fräntas sina kläder, sin identitet, ansvaret för sig själv, makt och inflytande inom sin omgivning, vilket inte sällan omfattar t. o. m. de kroppsliga behoven. Dessa faktorer medverkar till en infantilisering av patienten som möter hans egna infantila behov av att bli omhändertagen. Detta bidrar till vidmakt-hållande av ofta icke önskade regressioner till barnsligt och oansvarigt beteende. Sådant beteende betraktas ofta av den traditionella vårdmiljön som icke önskvärt och starkt avvikande, och miljön reagerar då med sanktioner, som inte sällan leder till ännu djupare regression. Ofta finns redan vid omhändertagandet en förväntan på infantilt beteende, som infrias av patienten. Sålunda kan man "bygga in" förväntan på t. ex. ohämmad aggressivitet genom att tillhandahålla oömma möbler, bälten, spänntäcken etc.

Patientens roll inom miljöterapin är aktiv. Patienten anses vara ett subjekt i vården, han anses till stor del ansvarig för lösningen av sina problem, och tillerkännes rätt att i mån av förmåga välja sin egen behandling. Han kan sålunda välja att icke utnyttja vårdresurserna, och detta anses då av personalen till stor del vara hans ansvar. Det är sålunda lika mycket patienten som institutionen som "misslyckats", om patienten ej tillgodogör sig terapin. Inom miljöterapeutisk vård understrykes patientens identitet och hans ansvar. Han tillerkännes alltid förmåga och kraft att själv söka lösningar på sina problem och har en aktiv roll för sitt tillfrisknande. Man söker systematiskt ge patienten medbestämmande över vårdavdelningen i mån av förmåga. Patienten förväntas bete sig som en vuxen, och regres-

siva och infantila beteenden avvisas och motarbetas.

Personalens roll i den traditionella vården är omhändertagande och observerande. Man söker efter "sjukdomstecken" och symptom som anses kunna leda till en bestämd diagnos eller terapi. Det finns ett ideal att observationen skall vara objektiv vilket ofta gör personalen operativ och iakttagande snarare än lyssnande. Personalens roll inom miljöterapin är deltagande. Personalen är medlemmar av miljön på lika villkor som patienterna. Kontakten mellan patienter och personal blir på detta sätt mycket personlig, och man strävar till maximal kommunikation. Subjektiva observationer och upplevelser av patienterna uppmuntras.

Makt och ansvar är inom den traditionella vården centraliserad, oftast till doktorn, från vilken utgår en beslutsprocess i vertikal led och en skiktning av de olika personalkategorierna i ett hierarkiskt system. Ordinationer utdelas och förväntas följas utan ifrågasättande. Inom miljöterapeutisk verksamhet är makten och ansvaret i hög grad fördelad på hela kollektivet inom miljön. Man söker sig fram mot ett "demokratiskt" ideal, där man genom delegering av ansvar, organisation av kommittéer, nämnder och gemensamma konferenser finner lösningar på problem som rör miljön. Experterna uttalar sig endast i mån av kompetens, icke i mån av maktställning inom miljön.

Den *terapeutiska aktiviteten* inom traditionell vård är klart läkarcentrerad. Läkaren upplevs som den som "botar", och aktiviteten hos annan personal ses framförallt som en hjälp till läkarens botande. Den terapeutiska aktiviteten inom en terapeutisk miljö är utspridd till all personal, och framförallt till dem som har närmaste kontakten med patienterna. Själva terapin bedrivs inte minst av patienterna själva i ett samarbete inom de gruppbildningar som är typiska för terapeutiska miljöer.

Det *diagnostiska systemet* inom den traditionella vården är etiketterande med olika sjukdomsdiagnoser i ett knappologiskt system, där diagnoserna inte sällan är liktydiga med värderingar

som påverkar personalens attityder till patienterna. Typexempel: "hysteriker", "psykopat". Det diagnostiska systemet inom den terapeutiska miljön inriktar sig på försök till individuell skattning av patientens aktuella problem och personlighet samt relationer i hans aktuella situation. Man söker avgränsa hans krissituation, och man söker se den kommunikation han söker delge genom sin symptomatologi. Försök till uppdelning av patienter i diagnostiska kategorier görs först sedan patienten utskrivits.

Väsentliga egenskaper för att skapa en terapeutisk miljö

Det finns nu en stor dokumenterad erfarenhet av terapeutiska samhällen eller terapeutiska miljöer, och de väsentliga förändringarna från traditionell vårdmiljö till terapeutisk miljö kan sammanfattas i följande fyra huvudpunkter (Thomstad):

1. ökad kommunikation
2. ökad aktivitet
3. ökat ansvar
4. ökad kontakt utåt

Dessa önskemål gäller samtliga i den terapeutiska miljön — patienter, vårdpersonal av alla kategorier, läkare, psykologer, socialarbetare. Genom dessa huvudmål söker man skapa en miljö som är så lik "världen utanför" som möjligt.

Ökad kommunikation

Detta gäller inte bara samtalskontakter med patienterna utan också mellan olika medlemmar av personalen. Kommunikation sker här vid gruppaktiviteter, gruppsamtal, konferenser och liknande. Redan idealet "ökad kommunikation" kan förväntas ändra attityden till patienterna från att de ses av vårdpersonalen såsom objekt för vården till att man samarbetar mot ett gemensamt mål. I den terapeutiska miljön utnyttjas inte bara de anordnade tillfällena till samvaro med patienterna utan även i vardagslivets situationer, matlagning, måltider, disk, städning, sker ett umgänge mellan patienter och personal. Personalen upplever enligt undersökningar (Löchen) denna närhet som i olika grad pressande. Skötaren eller sköterskan upplever dels att hon utträttar mer och

kanske har mer "betydelse", men kan dels också känna sig modstulen, utlämnad och maktlös. Kanske sammanhänger detta med att det intensiva umgänget med patienten gör att patientvården känns mer som en personlig angelägenhet än som ett arbete. Man satsar ju sin person i umgänget med patienterna som väntas vara terapeutiskt. Om patienten ej förbättras, känns det lätt som ett personligt misslyckande. Denna problematik är välkänd för doktorer — Rubinstein och Lasswell har uttryckt att medan vårdarbetet är ett jobb för de flesta sköterskor, är det en utmaning för doktorn. I en terapeutisk miljö är vårdarbetet en utmaning för all personal. Det bör också vara en utmaning för patienterna.

För patienterna kan det intensiva umgänget med personalen ibland också bli problematiskt. På Dikemarks sjukhus skämtade man om "tvättterapi", "städterapi" och "diskterapi". Allvarligare vittnesmål finns också. I Läkartidningen nr 12 1968 kunde man få läsa: "... att jag överallt på sjukhuset kan utsättas för systematisk terapi finner jag som patient skrämmande... jag kan ju inte vända mig till någon enda av vårdpersonalen utan att riskera hela min integritet... detta att all personal på en psykiatrisk avdelning skall ha terapeutiska roller kommer att kännas som ett stort ont öga som man inte kan fly undan."

I sammanhanget om ökad kommunikation kan också beröras överförings- och motöverföringsproblemen som uppstår i relation mellan sköterskorna och patient där patienten kan dra in vårdaren i ett agerande som kan vända sig mot själva systemet och åstadkomma sprickor i personalteamets gemenskap. Detta aktualiserar vikten av kommunikationen inom personalgruppen, där sådana överföringsreaktioner kan uppfångas och tolkas. Här har ledaren av verksamheten en viktig uppgift med att igenkänna och på ett taktfullt sätt påvisa interaktioner av överföringskaraktär. Samarbetet i personalteamet förutsätter alltså mycket öppen kommunikation av allt som rör patienten, och antagligen är det något av detta som den citerade patienten finner skrämmande.

Den vanligaste reaktionen från patienter är emellertid, att de finner det naturligt och betryggande, att deras problem blir föremål för diskussion inom personalgruppen.

Ökad aktivitet

Inom den terapeutiska miljön söker man att ständigt ge patienterna möjligheter att vara aktiva. Självfallet skall alla patienter deltaga i arbetsterapin, och denna bör vara meningsfullt utformad så att den ej upplevs som "tidsfördriv". Detta kan åstadkommas genom att man understryker arbetets vikt för skapandet av ett slutresultat, en produkt. Arbetet bör alltså vara inriktat på produktion, helst verkstadsbetonad. Arbetsterapiens meningsfullhet ifrågasätts ofta av patienterna i en terapeutisk miljö, och utsätts för angrepp såsom "pappslöjd", "lekskola" och liknande, något som betonar vikten av att arbetsterapin görs till en allvarlig sysselsättning. Ett försök att skapa meningsfullare aktivitet är att ge patienterna ansvar för produktionen, så att de själva i arbetsgruppen bestämmer vilka produkter som skall åstadkommas. I aktiviteten inom en terapeutisk miljö ingår självfallet ett patientdemokratiskt arbete, där patienterna genom representanter eller i "plenum" kan ge uttryck åt sina åsikter, sin kritik, förslag till förändringar av avdelningen etc. I de mer extrema terapeutiska samhällena ges patienterna ett långt gående medinflytande över hur vården skall bedrivas, man beslutar om in och utskrivning, om organisatoriska och praktiska spörsmål. Olika kommittéer som handlägger frågor inom vårdmiljön finns i alla terapeutiska samhällen, där patienter på olika sätt organiserar egna aktiviteter, diskussioner i alla ämnen, dockteater, sociala klubbar, entreprenörfirma för fönstertvätt, en egen tidning etc. etc. Den intensiva aktivitet som råder i en terapeutisk miljö skrämmar en del patienter, när den kan verka alltför uppfordrande på framförallt den som kommer ny till miljön. En del reagerar med passivitet och demonstrativ "lättja", i vilken ett avståndstagande markeras. En del begär att genast bli utskrivna. Dessa reaktioner är självfallet kommunikationer som måste tagas emot, tolkas

och handläggas i miljön, som ju hotas av ett sådant beteende. I därför lämpliga fall introduceras därför aktiviteten endast långsamt och stegvis, ibland enligt särskilda, individuellt utformade program.

Ökat ansvar

Ansvar för patienten åvilar i traditionell medicinsk och psykiatrisk vård läkaren. I en terapeutisk miljö strävar man efter en ansvarsfördelning som ovan anförts. Vid Henderson Hospital i London sker intagning och utskrivning av patienter i ett system där personal och patienter delar på ansvaret. På en psykiatrisk avdelning i Danmark bestämmer patienterna även i många rent psykiatriska frågor, t.ex. behandlingen av akuta orostillstånd. Är då inte detta en rent psykiatrisk fråga? Frågan kan förefalla berättigad, men är inte patienter ofta genom egen erfarenhet experter på just sådant?

Arbetet i terapeutiska miljöer i intensivt umgänge med psykiskt avvikande och särpräglade individer visar allt klarare i hur hög grad psykiatriska diagnoser tillika är värderingar. Man kan därför med fördel, som ovan anförts, tillämpa en helt omedicinsk syn på psykisk sjukdom i en terapeutisk miljö — t. ex. "sjukdomen" som ett spel (Eric Berne) eller som en ändring av våra vanliga spelregler eller som ett slags språk (Thomas Szasz). Enligt dessa synsätt — och enligt modernare psykoanalytisk teori — har patienten ett bestämt ansvar för sin "sjukdom", och han kan inte "hotas", om han inte kan förmås att taga detta ansvar. Ett terapeutiskt system som frångår patienten ansvar och infantiliserar honom, verkar ju enligt detta synsätt antiterapeutiskt.

Vid försök att demokratisera institutionen för att fördela ansvaret också till patienterna möter ett kraftigt motstånd, både hos patienter och personal. Många patienter är "alienerade" och är ointresserade av att taga ställning, andra upplever sin sjukdomsvinst hotad, andra åter känner en stark osäkerhet inför att manifesteras sig — d. v. s. hantera sin aggressivitet. Personalen känner sin maktställning rubbad, många är direkt rädda för att patienternas avvikande beteende

skall slå igenom, de visar alltså en negativ förväntan på patienterna. Sannolikt är inte makt- och ansvarsfördelningen så genomgripande som man är benägen att tro. En noggrann sociologisk studie av maktstrukturen före och efter vad som kändes som en radikal demokratisering vid Yale Hospital visade sig vara mycket moderat. Patientinflytandet betecknades av sociologen närmast som "rådgivande". Emellertid är även moderata förskjutningar mot ett ökat ansvar av stort terapeutiskt värde, när det gäller för patienterna att även taga ansvar för sina egna liv och "gripa tag i" sin egen livssituation. Det är framförallt av denna anledning ytterst väsentligt att tillerkänna patienten avsevärt ansvar inom miljön.

Ökad kontakt utåt

Thomstad diskuterar detta huvudmål såsom gällande framförallt förvården och eftervården. Han menar att patienterna bör ses innan de tas in på sjukhuset och därvid bör man även se någon anhörig för att kunna bedöma relationen till de anhöriga. På en del håll görs regelbundet hembesök innan patienterna tas in i en terapeutisk miljö. I andra terapeutiska miljöer har man tagit det radikala steget att ta in hela patientens familj på institutionen. Sannolikt har få institutioner i vårt land möjlighet till en sådan intensiv kontakt med patientens familj, men jag anser det ytterst väsentligt att hela familjen kommer på något besök till miljön, så att patienten kan ses tillsammans med sin familj i interaktion. Detta torde ge oändligt mycket mer information än den inom traditionell vård vanliga metodiken med samtal hos kurator med enstaka anhöriga. En annan viktig del av kontakten utåt är kontakten med patienten sedan denne utskrivits. Den terapeutiska miljön bör alltså inte sluta abrupt vid sjukhusportarna, utan bör fortsätta ut i samhället i ett successivt stödjande förlopp. Från samhällets sida möter tyvärr sällan en terapeutisk attityd ens från de arbetsvårdande organen. Patienten möter vid utskrivningen samhällets effektivitets- och lönsamhetskrav, och det måste vara institutionens uppgift att genom eftervårdskontakt underlätta "steget ut".

En fråga som vi ofta ställer oss i terapeutiskt miljöarbete är: "är verkligen verksamheten i miljön så samhällslik att den tjänar som en god träning för samhället därute?" "Finns verkligen det samhälle som vi söker skapa i vår miljö?" Ivern att anpassa patienterna till miljöns terapeutiska samhälle och miljön till dem kan ibland skymma det större perspektivet mot samhället utanför.

Den terapeutiska miljön med sitt intrimmade personalteam i ständig kommunikation med varandra blir lätt ett ganska slutet system. Även här behövs kontakt utåt. Finns det risk för att det intensiva sysslandet med de egna problemen i den egna miljön — i och för sig grundväsentligt — gör att man i viss mån förlorar perspektivet mot yttrevärlden? Utbildningsverksamheten med auskultanter och praktikanter som tjänstgör i miljön en kortare tid kan vara en väsentlig kontakt utåt och källa för fräscha synpunkter. Den egna utbildningen inom den terapeutiska miljön är lika väsentlig och kan tillgodoses genom anordnande av studiedagar, konferenser och liknande.

Omstruktureringen av rollerna och grundbegreppen

Införandet av en terapeutisk miljö innebär igångsättande av en nästan automatisk process av omtänkande av skilda slag. *Psykiatern* har i traditionell psykiatri en relativt avgränsad och väldefinierad roll, lånad från övrig medicinsk verksamhet. Inom somatisk medicin sysslar man med välfungerande apparatur för att ställa väldefinierade diagnoser som leder till en bestämd behandling och i idealiska fall till ett för patienten påtagligt resultat. Om psykiatern låtsas att också han med välfungerande apparatur kan ställa väldefinierade, sjukdomsdiagnoser, kan han ordinera bestämda behandlingar — elbehandling, insulin, olika medikationer. Patienten som accepterar denna patientroll kommer ofta att rapportera påtagliga resultat av behandlingen. I en terapeutisk miljö, som bygger på intimt samarbete med all personal, riklig information och en ny syn på patienterna, blir psykiaterns roll en helt annan. Han tvingas överge illusionen om exakt diagnos-

terapi. Han tvingas överväga vad han egentligen gör, vad för slags tillstånd han egentligen behandlar, söka finna nya egna normer för sitt handlande där de sedvanliga diagnostiska kategorierna inte längre får mening. Han måste här också taga ställning till samhället, vars representant han tvingas vara och till vilket han skall försöka rehabilitera patienterna. Löchen säger: "vid sidan av problemet att förena de inbördes motstridiga idealen, upplever psykiatern också att han saknar normer. Hans ideal för honom in i situationer som han måste möta utan normativa regler. När skall han ge ordinationer för personalen, när skall han satsa på deras eget initiativ? Varje situation måste särbehandlas. Det finns inga klara normer för när en patient skall skrivas ut; inte för vad som kännetecknar "sjukdom" och vad som är "friskt"; inte för hur han skall intervjua en patient; det är långt ifrån klart hur han skall möta andra yrkesgrupper och vad de väntar av honom... Hans roll stabiliserar inte hans beteende utan oroar också. Han är hotad, han kan inte stödja sig på läkarrollen, han vet inte klart vad han står för, och känner själv att han kan vara inkonsekvent och vinglande — utan fast identitet".

Den terapeutiska miljön är psykoterapeutiskt orienterad. Endast ett *psykodynamiskt och socialpsykologiskt* synsätt gör den helt meningsfull. Psykiatern känner sig här som psykoterapeut — ändå är han det inte helt och fullt. Han är läkare — och är inte det heller. Han är samhällets representant — vid försäkringsbedömningar, domstolsintyg etc. och han är patientens representant. Han är arbetsledare och handledare för den personal han samarbetar med.

Vad har nu psykiatern för utbildning för att kunna fungera i en terapeutisk miljö? Ja, här lämnar honom hans läkarutbildning i sticket, den har han ringa användning av, och det är ju dock bara i kraft av sin traditionella läkarroll som han blir ledare i det terapeutiska teamet. Han måste lära sig jobbet från början, experimentera, misslyckas, taga itu på nytt om och om igen. Utbildning i dynamisk psykologi, socialpsykologi, psykoterapi och gruppterapi är ovärderlig för honom. Denna utbildning är

emellertid svår att få, kostsam och långvarig, varför de flesta måste bli autodidakter. Systematisk utbildning i psykoterapi och socialpsykiatri borde ingå i varje psykiaters specialistutbildning, men existerar ännu endast i minimal omfattning.

Dessa faktorer torde ha bidragit till att de terapeutiska miljöerna endast mycket långsamt utbreder sig inom den psykiatriska vården i vårt land.

Sköterskorna och skötarna i den terapeutiska miljön har andra förväntningar på sig än vad som är fallet i en traditionell psykiatrisk avdelning. I en sådan är den viktigaste uppgiften att kontrollera och vakta på patienten. I en terapeutisk miljö går sköterskorna in i personliga kontaktförhållanden till patienterna, som orienterar sig till dem. Det är framförallt i förhållandet till vårdpersonalen som själva "miljöterapi" äger rum: i de tusen små konfrontationerna i vardagsändelserna kan patienten på olika sätt träffa på sin problematik och finna nya vägar ur den. Dessa nya vägar provar han ofta i förhållandet till sköterskan, och hon blir på detta sätt måltavla för överföringar och projektioner. En terapeutisk process äger otvivelaktigt rum — vissa patienter förändrar sig avsevärt och lämnar sjukhuset återställda — oftast vet vi inte från vad och inte heller på vilket sätt de åter funnit en väg till problemlösning efter kanske månaders vacklande och osäkerhet. Ett sådant resultat upplevs starkt tillfredsställande av gruppen.

Den nära kontakten mellan sköterskor och patienter i den terapeutiska miljön gör gränserna flytande mellan "de friska" och "de sjuka". Sköterskorna har i regel ingen speciell klädsel som markerar deras status, och patienterna har sina vanliga kläder. Tilltalsordet är du, och umgängesformen ledig. I denna atmosfär känner patienterna att de blir accepterade som jämlikar, men samtidigt blir sköterskorna öppnare för utnyttjande, angrepp, frustrationer och annat utagerande som kan leda till insufficiens känslor hos personalen, och i den situationen behöver sköterskan terapi, hon behöver kunna avlasta sina känslor och bör kunna göra det i den terapeutiska personalgruppen som är ytterst väsentlig där in-

tensiv miljöterapi bedrivs. Personalgruppen fungerar som en öppen terapeutisk grupp, som är kombinerat pedagogisk och terapeutisk, jagstödjande men icke personligt "djuplodande".

*Miljöterapi*s ideal är att vara en slags total terapi. Den vill ta emot och acceptera patienten som han är. Miljön struktureras medvetet så att bästa möjliga förutsättningar skapas för att skaffa kunskaper om hurdan patienten är, vilka förutsättningar han har och söka kommunicera dessa till honom — också genom miljön, allt det man är, säger och gör tillsammans.

Inom miljöterapeutisk verksamhet vet vi ännu mycket litet om vad som är verksamt, inte heller vet vi på vad den är effektivast, vi vet mycket litet om vad som är "sjukt" och vad som är "friskt", och vi undviker att försöka sätta etiketter på patienterna.

Möjligen är det vårt försök att totalt närma oss och acceptera en patient som vi i bästa fall

kan förmedla till honom och som hjälper honom ur hans splittring, håglöshet, beroende eller vad som nu kan prägla hans aktuella livskris.

LITTERATUR:

1. *Berggren, Bengt*: Personligt meddelande 1968
2. *Berne, E*: Games people play, Grove press, New York 1964
3. *Båge, Chr. & al.* "Miljöterapi", Aldus 1969, und. tryckning
4. *Frøshaug, Harald*: Det terapeutiske samfunn, Läkartidningen 1968
5. *Gyda, Monica & Tomstad, H*: Det terapeutiske samfunn, Oslo 1966
6. *Lindeman, Ebbe*: Föredrag i Svenska Psykiatriska föreningen maj 1967
7. *Löchen, Yngvar*: Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus, Univforlag, Oslo 1965
8. *Rubenstein, R & Lasswell, H. D*: The sharing of power in a psychiatric hospital, Yale university press, Yale 1966
9. *Stanton, Alfred & Schwartz, M. S*: The mental hospital, Basic Books New York 1954
10. *Szasz, Thomas*: The myth of mental illness, Hoeber-Harper, New York 1961
11. *Winter, Ted*: Föredrag i Tällberg 1969
12. Konkret 9 1968
13. Läkartidningen 12: 1968

AKTUELLA FILMER FRÅN



● NARKOTIKA OCH NERVSYSTEMET...

behandlar de beroendeskapande ämnena, de som verkar stimulerande på nervsystemet och de som hämmar eller bedövar.

● BARNET...

omspänner havandeskapet från den osäkra gissningen till den lyckliga hemkomsten från BB. I handlingen ingår även ett tecknat avsnitt om det biologiska skeendet.

Nedanstående filmer bygger helt på fotograf Lennart Nilssons bilder.

● SÅ BÖRJAR LIVET...

visar den biologiska utvecklingen av ett foster från befruktningen och under hela havandeskapet samt förlossningen.

● TILLBAKA TILL LIVET...

visar olika stadier av förkalkning i hjärtat från barnaåren upp till mogen ålder, förloppet av en hjärtinfarkt samt en hjärtoperation.

Sol-FILM, 105 33 Stockholm. Tel. 08/14 16 00